

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THÈSE

191

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Sulim CAT

Né le 15 juin 1913 à Tarutino (Roumanie)

L'ACCOUCHEMENT
prématuré provoqué
à la Maternité de Lariboisière

(1926 - 1936)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Sulim CAT

Né le 15 juin 1913 à Tarutino (Roumanie)

L'ACCOUCHEMENT prématuré provoqué à la Maternité de Lariboisière

(1926 - 1936)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1937

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN..... G. ROUSSY

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoulLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LACOMME	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Gay)	Pathologie médicale.
Istin BESANÇON	Hydrologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
BULLIARD	Histologie.	M ^r J. LEVY	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	OBERLING	Anat. pathologique.
GASTINEL	Bactériologie.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SANNIE	Chimie biologique.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	SENEQUE	Pathologie chirurgic
HAZARD	Pharmacologie.	TROISIER	Pathol. expérimentale
HUGUENIN	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VIGNES	Obstétrique.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN	} Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	} Clinique obstétricale.
PASTEUR-VALLERY-		VELTER	
RADOT		ECALLE	
SEZARY		GUENIOT	
		LE LORIER	
		LEVY-SOLAL	
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Bien faible témoignage de mon profond amour filial et de mon infinie reconnaissance pour leur affection, leur dévouement, leurs sacrifices.

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Avec toute ma tendresse et mon affectueux dévouement.

A MA SOEUR ET A MES FRÈRES

En témoignage de ma tendre affection fraternelle.

AUX MIENS

A MES AMIS

Surtout à ceux qui ont partagé avec moi les joies et les peines pendant les longues années d'études.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Qu'il veuille
bien recevoir l'hommage respectueux de
toute notre gratitude.*

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur de nous inspirer
le sujet de cette thèse.*

*Hommage de respectueuse gratitude et de
profonde reconnaissance pour son précieux
enseignement et pour la bienveillance avec
laquelle il nous a toujours accueilli.*

A NOTRE JURY DE THESE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

La question de la conduite à tenir dans certains cas pathologiques où il s'agit soit de vider l'utérus pour voir les troubles, dont la nature sera précisée plus loin, disparaître, soit de provoquer le travail lorsqu'on prévoit une difficulté ou même une impossibilité de l'accouchement lors du terme de la grossesse, est l'une des plus importantes et des plus graves qui se soit posées à l'accoucheur. Celui-ci tient en effet entre ses mains l'avenir de deux existences : celle de la mère et celle de l'enfant.

C'est l'importance même de ce problème, non seulement scientifique, mais encore de morale et de liberté individuelle, qui a déterminé notre maître M. Devraigne, de nous suggérer le sujet de cette thèse.

Ne pas ménager suffisamment les intérêts d'un enfant pouvant naître trop petit et d'une viabilité strictement héorique, a été pendant longtemps la strictement théorique, a été pendant longtemps la principale objection faite à la méthode dite de l'accouchement prématuré provoqué et qui justifia à la

fin du siècle dernier l'intervention de Pinard proscrivant cette méthode.

Il est en effet hors de doute qu'à une époque où non seulement il n'était pas question d'épreuve du travail et de césarienne basse, mais encore où l'on restreignait plus ou moins les interventions par voie abdominale, l'accouchement prématuré était provoqué à une période de la grossesse où l'on risquait fort d'avoir des prématurés d'une débilité excessive.

Pratiqué dans ces conditions, la provocation de l'accouchement avant terme est une méthode unanimement rejetée par tous les accoucheurs.

Aussi nous ne songeons nullement, au cours de ce travail de faire une étude approfondie de l'accouchement prématuré provoqué, que ses partisans et adversaires ont fait suffisamment connaître. Depuis deux siècles, les voix les plus autorisées se sont élevées pour l'attaquer ou pour le défendre, sans avoir jamais fait la lumière sur ce point. Nous espérons dans cet ouvrage, sinon résoudre, du moins jeter un peu de lumière sur cette question si complexe, si grave et si controversée et mettant largement à contribution l'enseignement de M. le docteur Devraigne, notre maître, nous voulons en faisant connaître les résultats obtenus, contribuer à l'œuvre commune dans la mesure de nos moyens et apporter notre pierre au grand édifice déjà construit.

DEFINITION

L'accouchement prématuré provoqué est une opération qui a pour but de provoquer avant terme le travail de l'accouchement.

On le pratique dans le dernier trimestre de la grossesse, alors que l'enfant est viable.

L'idéal est de mettre en branle la contraction utérine pour obtenir l'effacement du col et la dilatation de l'orifice utérin, puis, l'expulsion spontanée du fœtus, sans autre intervention.

En pratique, on accélère parfois l'agrandissement de l'ouverture de la matrice et on opère l'extraction de l'œuf. Néanmoins, ces manœuvres ne font plus partie à proprement parler de la provocation de l'accouchement prématuré, auxquelles elles se surajoutent.

HISTORIQUE

Si l'on devait juger de la valeur d'une méthode d'après son ancienneté, la priorité reviendrait incontestablement à la section césarienne. Aussi loin, en effet, que nous remontions vers l'origine des temps nous la rencontrons et dans la légende et dans l'histoire. Dans la légende, puisque Apollon ouvrit lui-même le ventre de Coronis, déjà sur le bûcher pour en extraire celui qui devait être le père de la médecine : Esculape. Dans l'histoire, puisqu'à Rome la « Lex Régia » prescrivait qu'on la pratiquât sur les femmes mortes enceintes et c'est ainsi que devait naître le premier des Césars. Mais il ne s'agissait là que des circonstances exceptionnelles dans lesquelles n'intervenait en aucune façon la notion de rétrécissement pelvien et pendant de longs siècles il devait en être de même.

En 1642, quand une sage-femme, Louise Bourgeois, eut la première l'idée de pratiquer l'accouchement forcé, ce ne fut pas non plus pour tenter d'extraire à travers une filière trop étroite un fœtus qui par la suite serait devenu trop volumineux, mais dans

le seul but de tarir une hémorragie abondante, très probablement due à une insertion vicieuse du placenta.

Une autre sage-femme, anglaise, Mary Dumally, aurait, croit-on, en 1738, accouché prématurément une femme atteinte d'angustie pelvienne ; mais ce fait n'a jamais reçu confirmation. Il nous faut attendre 1756 pour voir poser nettement l'indication d'une interruption de la grossesse dans les cas de bassin rétréci et pour voir l'accouchement prématuré provoqué entrer d'une manière définitive dans le domaine de la thérapeutique obstétricale. Et l'on peut dire que cette méthode venait bien à son heure, si l'on songe à la crise que traversait à ce moment l'obstétrique et ses adeptes. A cette époque où l'asepsie et l'antisepsie étaient choses totalement inconnues, l'intervention césarienne entraînait après elle de véritables désastres : septicémie, péritonite, emportant les innombrables malades qui commettaient la fatale imprudence de se confier aux mains, expertes sans doute, mais combien peu stériles des chirurgiens d'alors.

Une technique nouvelle s'imposait donc et c'est alors qu'eut lieu à Londres le Congrès de 1756, qui devait admettre d'une façon définitive la nécessité de l'interruption artificielle de la grossesse.

Ce fut à Merclay que revint en 1757 l'honneur

de pratiquer le premier, l'intervention nouvelle. Il est incontestable que l'Angleterre fut le premier pays où l'on osa tenter l'accouchement prématuré artificiel, mais à cela Tarnier objecte : « Si les droits de priorité doivent être établis non d'après les faits, mais d'après les dates des publications scientifiques, nous pouvons considérer que la priorité de l'interruption artificielle systématique de la grossesse revient à notre pays ». Et la preuve, en effet, il la donne dans ce mémoire que publia en 1877 Roussel de Vauzune, où ce dernier se déclare partisan de cette interruption artificielle, comme meilleur mode de traitement des viciations pelviennes.

Pendant longtemps les Anglais furent les seuls à appliquer l'accouchement prématuré artificiel. Il ne fallut pas moins de 40 ans pour voir se dessiner en Allemagne un mouvement dans le même sens. (Venzel, en 1804 et le mémoire de Reisinger en 1810).

Cette méthode se répandit peu à peu au Danemark, en Hollande, en Belgique, en Italie. Cependant en France, cette méthode ne trouva que des adversaires, parmi lesquels, le plus irréductible, fut alors un des maîtres les plus écoutés : Beaudelocque, dont tous les disciples étaient fidèles à son opinion. C'est alors Stolz, en 1830, qui prit en mains sa défense, par les thèses de ses élèves Burkhard (1830) et Fernoit (1836) Quelques années plus tard, Paul Dubois,

poursuivant son œuvre, mettait au premier plan, parmi les opérations obstétricales, l'accouchement prématuré provoqué.

Mais les indications de l'interruption artificielle de la grossesse ne se sont pas limitées aux bassins viciés, mais se sont étendues aux cas d'albuminurie gravidique.

Ainsi Simpson provoque l'accouchement dans un cas de troubles dyspnéiques et anasarque généralisée chez une albuminurique.

Macnamora (1858), interrompt la grossesse dans un cas de rétinite albuminurique. Malgré ces succès, cette méthode fut repoussée en France jusqu'au jour, où Tarnier en posa les indications énumérées dans son article contenu dans la septième édition du traité des accoucheurs de Cazeaux (1868).

Pinard adopte bientôt (1888), les idées de Tarnier.

Puech (1894) se déclare partisan, en cas d'échec, du régime lacté, du traitement obstétrical, en se plaçant au double point de vue : l'intérêt de la mère et celui de l'enfant, menacé par la production d'hémorragies placentaires.

Bar (1903) rapporte une observation avec plein succès pour la mère et pour l'enfant.

INDICATIONS

L'indication principale de l'accouchement prématuré provoqué était fournie par le rétrécissement du bassin. Nous verrons plus loin à quel moment et dans quelles conditions on le pratiquait. Actuellement d'ailleurs, on ne provoque plus l'accouchement avant terme que dans des cas où la femme refuse absolument l'opération césarienne et préfère courir les risques d'un enfant prématuré (M. Devraigne).

On est obligé d'y recourir aussi, mais beaucoup plus rarement, lorsqu'il existe chez la femme, aggravé ou causé par la grossesse, un état pathologique qu'on espère voir rétrocéder et disparaître avec l'évacuation de l'utérus (ce sont : les cardiopathies, les excès de volume du fœtus, l'insertion vicieuse du placenta, l'albuminurie grave, le goître suffocant, la mort habituelle du fœtus).

I. — Les viciations pelviennes

Quand un bassin présente dans son ensemble des défauts de forme ou de développement, ses dia-

mètres sont forcément altérés dans leurs dimensions respectives. On dit que le bassin est vicié, qu'il y a pelvi-viciation, qui entraîne comme conséquence logique une disproportion entre les dimensions de la filière génitale et celles du fœtus qui doit la traverser.

Il est inutile de transcrire la liste complète de ces malformations, qui se trouve dans tous les traités d'obstétrique. Il suffit de rappeler que leur diagnostic se fait grâce à de divers moyens d'investigation clinique, en particulier la pelvimétrie externe et la pelvimétrie interne (toucher mensurateur). Ces procédés peuvent d'ailleurs se montrer insuffisants; des altérations légères peuvent quelquefois passer inaperçues.

Nous divisons les viciations pelviennes en trois groupes :

1° *Pelvi-viciations graves*, dont le diamètre utile est plus petit que 7 centimètres. Le meilleur traitement sera ici l'opération césarienne à terme.

2° *Pelvi-viciations moyennes*, dont le diamètre utile oscille entre 7 cm. et 8,5 cm. Dans ces bassins on fera ou bien la césarienne à terme ou bien la pelvitomie, rarement l'accouchement prématuré provoqué.

3° *Pelvi-viciations légères*, dont le diamètre utile est égal ou supérieur à 8,5 cm. Ce sont les plus fréquentes cliniquement et c'est pour ces dernières que se pose presque toujours la question de l'accouchement prématuré provoqué. Le faible degré de rétrécissement pelvien permettra de ne le pratiquer que tardivement, vers le terme de la grossesse, dans le cours du neuvième mois. A cette époque, le développement du fœtus est presque achevé et ses chances de viabilité diffèrent peu de celles du nouveau-né à terme. Son poids sera de 2.500 gr. ou plus, et sa température oscillera autour de la normale.

II. — Albuminurie gravidique

Comprend plusieurs éléments, qui, rarement isolés, le plus souvent associés, déterminent l'accoucheur à provoquer l'accouchement prématuré. Ces éléments sont :

1° *L'albuminurie*, qui constitue rarement à elle seule un facteur très important dans la détermination de l'accouchement prématuré provoqué. Les véritables indications appartenant en propre à l'albuminurie sont : son abondance; son apparition précoce au sixième mois, facteur de pronostic très fâcheux;

l'augmentation croissante et *sa persistance malgré le traitement* : diète hydrique, diète lactée, chloral, etc...

S'il est vrai que beaucoup n'attachent qu'un intérêt relatif au facteur abondance; si la notion de l'eclampsie sans albuminurie préalable est aussi à rappeler, sa persistance, malgré le traitement, reste une des indications cliniques très fréquemment prises en considération.

Les symptômes suivants prêtant moins à discussion, nous nous contenterons de les signaler :

2° *Les œdèmes généralisés*, peu influencés par le régime. Par exemple, l'anasarque avec ascite et surtout épanchements pleuraux, fournissent une indication pressante de l'interruption de la grossesse.

3° *La dyspnée*, signe souvent pris en considération par le clinicien.

4° Il en est de même de la *céphalée* et des troubles visuels.

5° *L'hypertension* : Dumas disait : « Toute gestation normale ne comporte aucune modification de la tension artérielle; toute augmentation de la tension pendant la grossesse est pathologique et cette action nocive s'exerce à la fois sur la mère et sur le fœtus ».

En présence d'une malade dont les phénomènes toxiques, la quantité d'albumine, les œdèmes, la dyspnée, offrent une tendance à rétrocéder, mais dont la tension vasculaire persiste et augmente, nous trouvons de plus en plus, dans ce seul élément de pronostic, une indication suffisante à proposer l'accouchement prématuré.

6° En réalité, la véritable indication clinique nous est fournie bien plus par l'association de ces symptômes que par les caractères de chacun d'eux; elle nous l'est plus encore par leur persistance malgré le régime et le traitement appropriés

III. — Tumeurs pelviennes

Le bassin et le fœtus peuvent être normaux, mais l'excavation pelvienne envahie par les annexes de l'œuf (placenta praevia) par des tumeurs d'origine utérine (fibrôme) ou annexielles (kyste de l'ovaire). Une étendue variable des diamètres du pelvis sera ainsi anihilée et le bassin se comportera durant le travail comme dans le cas de viciations pelviennes.

La conduite à tenir est variable suivant les cas :

1° *Fibrôme*. — Suivant son volume et sa situation anatomo-pathologique, un fibrôme pourra per-

mettre un accouchement spontané à terme ou relever de la myomectomie (fibromes pédiculés) ou exiger une hystérectomie (opération de Porro).

2° *Kyste de l'ovaire*. — On pourra essayer de refouler un kyste de l'ovaire et de terminer l'accouchement au forceps; si impossible, il faudra pratiquer la césarienne.

3° *Placenta praevia*. — En cas de placenta praevia, les hémorragies se produisant dans les trois derniers mois, ne nécessitent une intervention que lorsque le fœtus est déjà viable. On se préoccupe alors exclusivement des altérations qu'elles provoquent dans l'état général et non de l'entrave provoquée par l'insertion anormale du placenta pendant le travail.

IV. — Excès de volume du fœtus

S'il est vrai qu'en moyenne un fœtus à terme pèse 3.200 à 3.500 gr., cependant dans des cas particuliers son poids peut s'élever dans des proportions considérables. Il est facile de comprendre que les diamètres augmentant avec le poids, un tel fœtus ayant à traverser un bassin, même bien conformé, sera pour lui-même une cause de dystocie.

Et il existe un certain nombre d'observations où

l'on a dû faire la césarienne uniquement pour l'excès de volume du fœtus.

Les cas d'excès de volume du fœtus se rencontrent le plus souvent chez des multipares, dont les enfants sont généralement plus gros que ceux des primipares. Il s'agit le plus souvent d'une femme qui a toujours des gros enfants, dont le premier ou les premiers ont donné lieu à des difficultés plus ou moins considérables. Dans ces cas là, il ne nous semble pas illogique de faire naître les suivants avant que leur excès de poids ait rendu leur naissance plus ou moins dystocique.

1) *Le fœtus est d'apparence normale :*

a) *L'excès de volume est total :* Son poids et volume dépassent les moyennes et s'accompagnent d'excès de longueur de tous les diamètres, en particulier diamètres céphaliques et bis-acromial. Normalement le fœtus à terme a le biparietal de 9,5 cm. et le bisacromial de 12 cm., réductible à 9,5 cm. Ces dimensions sont souvent dépassées.

b) *L'excès de volume est partiel :* Certains diamètres, en particulier le bipariétal ou le bisacromial l'emportent seuls par leurs dimensions sur les moyennes habituelles. L'excès de longueur du bipariétal est surtout fréquent chez les brachycéphales et est une cause d'arrêt de la tête au détroit supérieur.

2) *Le fœtus est anormal.* Il s'agit de fœtus à vitalité nulle ou plus ou moins amoindrie et le sort de la mère acquiert ici une importance prépondérante.

Le plus souvent, il y a excès de volume partiel, surtout hydrocéphalie, ascite, spina-bifida. Certains cas de monstruosité, monstres doubles principalement, occasionnent souvent une gêne sérieuse de l'accouchement. Ici ne pas hésiter à sacrifier l'enfant par embryotomie.

V. — Mort habituelle de l'enfant

Il s'agit le plus souvent d'une femme enceinte syphilitique avérée ou probable, arrivée au huitième mois de sa grossesse avec un enfant vivant. Il nous paraît peu probable qu'un traitement même intensif, de la syphilis chez la mère, puisse faire parvenir au fœtus des quantités suffisantes de médicament pour traiter ses lésions viscérales si on admet que celles-ci soient cause de sa mort, en tous cas impuissantes à lutter contre les lésions placentaires qui gênent les échanges entre la mère et le fœtus et sont la cause capitale de la mort de l'enfant. Ici on pourrait faire l'accouchement prématuré provoqué et instituer directement chez le fœtus un traitement

mercuriel intensif. L'accouchement prématuré provoqué évitera donc au fœtus les souffrances par inanition et par asphyxie qui lui font subir les lésions placentaires et permettre de soigner activement ses lésions viscérales. Bien entendu ces enfants seront entourés de soins spéciaux.

LES CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications de cette intervention sont les suivantes :

1° *Les rétrécissements trop marqués* dans lesquels le fœtus n'aurait pas à la naissance un développement suffisant.

2° *Les présentations vicieuses.* — Nous ne croyons pas que la présentation du siège doive être comprise dans les présentations vicieuses. Hauch semblable pourtant la redouter et Rhenter et Pinard enregistrent une forte mortalité infantile.

3° *La primiparité* ne constitue pas à notre avis une contre-indication absolue.

4° *Les altérations inflammatoires et tumorales* de l'utérus, des annexes et du col utérin.

DATE ET DUREE DE LA MISE EN TRAVAIL

Nous verrons plus loin les moyens dont nous disposons pour provoquer l'accouchement. Mais il ne suffit pas de disposer de bons procédés, il faut aussi et c'est un point d'une importance capitale, savoir les employer en *temps opportun*. Si on attend trop pour provoquer l'accouchement, on courra le risque d'avoir un enfant volumineux qui passera difficilement et qu'on sera obligé d'extraire par des moyens préjudiciables à sa santé; si l'on n'attend pas assez, l'accouchement sera facile, il est vrai, mais on risquera d'avoir un enfant débile, difficile à élever.

Pour déterminer l'époque favorable de l'interruption de la grossesse, il est deux facteurs principaux dont il faut tenir compte : *le bassin de la mère et le volume de la tête de l'enfant*.

La forme du bassin varie suivant que le rétrécissement porte sur le *diamètre antéro-postérieur* seulement ou sur *tous les diamètres* en même temps, suivant ainsi que le *détroit supérieur* seul est inté-

ressé ou que le rétrécissement porte sur *tous les étages du bassin*. Selon les cas, on se trouve en présence d'un bassin aplati ou généralement rétréci ; annelé ou canaliculé. Il est important aussi de connaître la hauteur à laquelle se trouve le promontoire; de sa situation plus ou moins élevée dépend l'évaluation du degré de l'angustie pelvienne : plus l'angle sacro-vertébral est bas, plus les dimensions du diamètre p. p. m. se rapprochent de celles du p. s. p.

Quant à l'évaluation de la tête fœtale, Tarnier, à la suite de l'examen des diamètres bipariétaux de la tête fœtale aux différents mois de la grossesse, avait donné comme règle générale de faire accoucher à 8 mois une femme dont le diamètre antéro-postérieur est de 8 cm.; à 8 mois et demi une femme dont le diamètre promontopubien est de 8 cm. 5.

Cette règle était un peu trop simple, car il convenait de tenir compte de la forme du bassin. Fochier modifia cette donnée générale et en s'inspirant de la forme du bassin : aplatie ou généralement rétrécie, ou combinaison de ces deux formes, énonça les règles générales suivantes :

a) Dans les *bassins plats*, l'âge auquel on interrompt la grossesse est donné par le diamètre antéro-postérieur — diamètre converti en mois — plus

deux semaines. Par exemple : un bassin aplati de 7 cm. 5 sera accouché prématurément à 8 mois.

b) Dans les *bassins généralement rétrécis*, le moment de l'interruption est fourni par le diamètre promonto-pubien avec 15 jours de moins. Par exemple : une femme dont le promonto-pubien est de 9 cm., sera mise en travail à 8 mois et demi.

c) Enfin, dans les *pelvis aplatis et généralement rétrécis*, ce même diamètre donne exactement l'âge de la terminaison anticipée de la grossesse.

Pour déterminer le moment « optimum » de la mise en travail, il faut encore se baser sur la date des dernières règles, qui fournissent des renseignements à peu près précis sans exiger cependant une précision trop grande de leur part.

Pour apprécier les diamètres de la tête fœtale on se servait avant de l'évaluation de la longueur des *fontanelles* (Duncan). Puis Pinard introduisit le *palper-mensurateur*, qui ne donne pas à proprement parler les dimensions de la tête fœtale, mais en montrant les rapports qui existent entre celle-ci et l'aire du détroit supérieur, permet de constater si la tête déborde ou non l'arc antérieur du bassin. Plus tard, Perret a introduit dans l'obstétrique la

mensuration par le céphalomètre auquel on a apporté une correction par la mesure du pli de la paroi abdominale.

En prenant la base médico-légale de 6 mois comme celle de la viabilité du fœtus, l'échelle des dimensions pelviennes compatibles avec un accouchement prématuré provoqué, est grande. On peut aller jusqu'à un diamètre antéro-postérieur de 5 cm. 5, mais c'est donner au fœtus une chance de survie bien minime.

En posant, en principe, qu'un enfant doit peser plus de 2.000 gr. à sa naissance pour se développer ensuite normalement, on peut dire que l'accouchement prématuré provoqué trouve ses indications dans les bassins compris entre 11 et 7 cm. 5. Les dimensions promonto-pubiennes de 11 à 9 cm. 5, ne donnent lieu à une intervention que s'il y a des antécédents obstétricaux dystociques. Dans ces bassins, il y a lieu d'interrompre la grossesse 2-3 semaines avant terme. Dans les bassins entre 9 cm. 5 et 7 cm. 5, on s'appuie sur les données énumérées plus haut.

Quant à la durée de la mise en travail, nous verrons dans nos observations, qu'elle n'a pas été la même pour chacune de ces femmes.

L'utérus n'a pas réagi de la même façon avec la

même intensité, ni avec la même vitesse. La mise en travail est d'autant plus rapide que le segment inférieur est mieux constitué.

MANUEL OPERATOIRE

Il existe un grand nombre de procédés pour provoquer l'accouchement prématuré. « Les plus inoffensifs sont ceux qui respectent l'intégrité des membranes ovulaires » (M. Devraigne). On pénètre dans l'utérus entre le muscle et les parois de l'œuf, de manière à exciter les contractions de la matrice, sans exposer la parturiente aux accidents que peuvent causer l'infection du liquide amniotique et la rétraction utérine.

Pour la classification des moyens opératoires, nous nous sommes inspirés du livre de M. Devraigne intitulé : « Le Manuel de l'Accoucheur » :

1° *Agents médicamenteux.* — Nous laisserons de côté systématiquement les médicaments dits ocytociques : « tous peuvent agir sur un utérus en travail, mais *ne provoquent pas le travail* ».

Si certains sont absolument inefficaces et sans danger, certains, comme le sulfate de quinine (1 gr. en deux paquets de 0 gr. 50 à 10 minutes d'inter-

valle), le sucre (25 gr. ou 5 morceaux dans l'eau, répété 2-3 fois) peuvent agir sans danger dans un travail qui traîne. M. Vignes a cité une observation où il a accéléré le travail stationnaire par une injection de 300 cc. de sérum glucosé à 47 % en intra-veineux, D'autres, comme l'ergot de seigle (de sinistre mémoire — comme dit M. Devraigne) et l'extrait hypophysaire (lobe postérieur) qui compte, lui aussi, des désastres à son actif, mais qui, manié très prudemment, peut rendre service, sont très actifs et de ce fait peuvent être très dangereux.

2° *Excitation de l'utérus par actions réflexes*, (vésicatoires, sinapismes).

Nous laisserons de côté ces moyens d'excitation périphérique, qui sont sans intérêt pratique.

3° *Action directe sur l'utérus*. — Seuls sont à retenir les procédés qui agissent directement sur l'utérus par excitation de la paroi utérine.

a) *Préparatifs*. — Pendant 2-3 jours consécutifs on fera l'asepsie et l'antisepsie de la vulve et du vagin par des nettoyages, savonnages, lotions, injections vaginales, pansements stérilisés. La veille, la femme prendra un purgatif ; le matin même elle sera mise au bain et son rectum sera de nouveau lavé ; au moment de l'opération, on fera encore un nettoyage vulvo-vaginal.

b) Ces préliminaires terminés, on se trouvera en présence de deux éventualités suivantes :

1° *Le col est long, fermé comme chez la primipare.* Condamnons tout de suite (M. Devraigne) le *décollement du pôle inférieur de l'œuf* avec le doigt (il faut déjà pouvoir le passer) opération qui peut nécessiter l'anesthésie générale et risquer d'ouvrir l'œuf ; la *perforation des membranes*, couramment employée dans les avortements criminels et qui est très dangereuse parce qu'elle ne provoque pas tout de suite le travail et expose le fœtus aux procidences variées et la femme à l'infection amniotique. On réservera la ponction simple de l'œuf à certains cas d'hydramnios aigu où la femme est très dyspnéique et où le ou les fœtus ne comptent pas. Comme on désire avoir l'enfant vivant quand on provoque l'accouchement avant terme, il faut donc renoncer à ces procédés.

Meilleurs sont les procédés suivants :

Mise en place d'une sonde ou d'une bougie. — La sonde employée est une sonde souple, en caoutchouc, longue de 31 cm. 5. La femme, mise en position obstétricale, l'opérateur repère le col utérin à l'aide d'un spéculum. On pratique un attouchement

du col à la teinture d'iode; on fixe le col à l'aide d'un pince de Museux; la sonde, préalablement stérilisée, est dirigée sous le contrôle de la vue, de façon à ce qu'elle ne touche pas les parois latérales du vagin et enfoncée doucement dans l'utérus, en la faisant glisser entre l'œuf et la paroi utérine. La sonde étant introduite profondément, on fait un tamponnement à la gaze iodoformée; un pansement stérile est mis devant la vulve; le tout est maintenu par un bandage en T; la femme est reportée dans son lit.

Le ballon excitateur de Tarnier. — Il présente l'inconvénient d'être en caoutchouc qui s'altère rapidement, aussi, on le remplace par le *ballon de Champetier de Ribes*, qui agit directement sur le col, comme le ferait une poche des eaux activement poussée par des contractions répétées (Bar). Il y a avantage à l'employer toutes les fois qu'il faut agir vite; il sera donc utile en cas d'insertion vicieuse du placenta avec hémorragies, en cas de putréfaction fœtale commençante, en cas de rupture prématurée des membranes, etc..., car ce ballon dilate rapidement et presque complètement l'orifice utérin, provoquant sûrement le travail.

Le ballon de Champetier peut produire quel-

quelquefois le décollement du placenta; dans ce cas il suffit de le gonfler pour arrêter l'hémorragie.

Le ballon ne doit pas être rempli complètement dès le début, car alors on le voit se développer au-dessus du détroit supérieur; il n'excite pas suffisamment alors les contractions utérines et favorise les mutations des présentations. Ces mutations semblent se produire assez fréquemment avec le ballon de Champetier, bien qu'elles ne puissent pas toutes lui être imputées. Cependant, vu leur fréquence, il est utile de surveiller le fœtus de très près pour pouvoir corriger rapidement les présentations vicieuses qui pourraient se produire.

2° *Le col est ouvert et admet facilement le doigt.*

— Chez les multipares, dont le col est largement perméable avant le début du travail et chez les primipares qui, sous l'action de la sonde ou du ballon sont en travail et présentent un certain degré de dilatation, on emploiera généralement *l'écarteur de Tarnier*, « qu'il ne faut pas l'oublier, ne doit pas jouer le rôle de dilatateur, mais seulement d'excitateur de la contraction utérine » (M. Devraigne).

Parfois l'accouchement se termine en quelques heures ou une journée; malheureusement, il est dans d'autres cas très long et dure deux à trois jours et même davantage. Les injections vaginales chaudes,

le sulfate de quinine et surtout les grands bains prolongés constituent des adjuvants souvent efficaces quand le travail est déjà commencé.

Lorsque la dilatation est complète, on rompt les membranes et on se comporte comme dans un accouchement ordinaire.

CONSIDERATIONS STATISTIQUES

Avant on pratiquait fréquemment des accouchements prématurés provoqués. Dans les statistiques anciennes, on trouve un nombre beaucoup plus considérable de ces interventions que celui de notre statistique, car actuellement, dans tous les cas où l'expectation n'est pas dangereuse, nous préférons, en surveillant strictement nos malades pour être prêts à intervenir en cas d'urgence, attendre le terme ou une date très voisine du terme de la grossesse pour intervenir par l'opération césarienne.

Malgré cela, il y a certains cas pathologiques dont nous avons précisé la nature dans le chapitre des indications, où nous n'avons pas hésité d'interrompre la grossesse avant terme. Ainsi nous trouvons à la Maternité de Lariboisière, pendant les dix dernières années, c'est-à-dire entre 1926 et 1936, les chiffres suivants :

Année	Nombre total d'accouchements	Nombre d'accou- chements prématurés provoqués
1926	1.994	5
1927	2.170	11
1928	1.992	5
1929	1.865	4
1930	1.892	4
1931	2.169	5
1932	2.267	3
1933	2.502	11
1934	2.800	10
1935	3.050	6
	22.701	64

Donc, sur le chiffre total de 22.701 accouchements, nous avons relevé 64 observations d'accouchements prématurés provoqués, soit 2,8 pour mille.

Sur ces 64 cas, on est intervenu pour :

a) *Placenta praevia* : 33 fois, soit 51,5 % du nombre total des accouchements prématurés provoqués.

Parmi ces 33 cas, il y a eu :

17 enfants morts ;

16 enfants vivants.

b) *Bassins rétrécis* : 6 fois, soit 9,37 % des accouchements prématurés provoqués, dont :

1 enfant mort ;

5 enfants vivants.

c) *Albuminurie gravidique* : Nous trouvons 6 cas d'interruption de la grossesse, donc 9,37 %, dont :

3 enfants morts ;

3 enfants vivants.

d) *Excès de volume du fœtus* : 11 fois, soit 17,18 %, dont :

5 enfants morts (dont 1 hydrocéphale) ;

6 enfants vivants.

e) *Fibrôme de l'utérus* : 1 seule fois, soit 1,6 % du nombre total des accouchements prématurés provoqués :

Enfant mort-né.

f) *Rupture prématurés des membranes* : 3 fois, soit 4,68 %, dont :

1 enfant mort ;

2 enfants vivants.

g) *Syphilis maternelle* : 3 fois, soit 4,68 % :

3 enfants vivants.

h) *Maladie mitrale* (cardiopathie non compensée),
1 fois, soit 1,6 % :

Enfant vivant.

D'après notre statistique, nous trouvons, sur 64
cas d'accouchements prématurés provoqués :

28 enfants morts et

36 enfants vivant,

soit :

43,75 % d'enfants morts ;

56,25 % d'enfants vivants.

Donc, presque la moitié des enfants nés par
accouchement artificiel ont succombé soit pendant le
travail, soit avant leur sortie de l'hôpital, dans les
heures ou dans les jours qui ont suivis leur naissance.

Beaucoup, en considérant les résultats comme les
nôtres, ont abandonné la méthode, lui préférant des
interventions qui faisaient courir plus de risques à la
mère, mais qui donnaient des résultats plus satisfai-
sants relativement à l'enfant.

Dans l'étiologie de cette énorme mortalité fœtale,
il faut souvent incriminer les ballons, mais surtout
les *gros ballons*, généralement mis en usage pour
interrompre la grossesse. Les gros ballons de Cham-
petier de Ribes, passent pour des instruments par-

faits, qui, en même temps qu'ils provoquent la contraction utérine, produisent la dilatation du col. S'ils déterminent le travail, s'ils amènent une dilatation, ces ballons ont aussi l'inconvénient de *déplacer les présentations* et de refouler dans l'une des fosses iliaques une tête qui se présentait d'aplomb au détroit supérieur ; dès lors à une cause de dystocie vient s'en ajouter une autre : *la présentation transversale du fœtus*.

Le déplacement de la présentation a aussi cet inconvénient de favoriser la *procidence du cordon* avec toutes les conséquences et tous les dangers qu'elle entraîne pour l'enfant.

Avant, les accoucheurs étaient obligés de faire usage de l'accouchement prématuré provoqué, chaque fois qu'une indication imposait l'intervention, car c'était la seule méthode efficace mise entre leurs mains. La césarienne, quoique connue, donnait des résultats déplorables (en 1866, Guéniot obtint 60 % de mortalité maternelle) et on ne l'employait qu'en désespoir de cause, dans les cas où il était avéré que le fœtus, même mutilé ne pourrait être extrait par les voies génitales de la femme. On sacrifiait le produit de conception chaque fois qu'il était possible de lui faire franchir le bassin par la voie basse et seule la vie de la mère entraînait en ligne de compte

Mais les conquêtes réalisées dans le domaine de

l'asepsie, joints aux progrès de la technique, ont progressivement modifié non seulement les résultats de l'opération, mais encore la façon de voir des accoucheurs. Et de fait, au fur et à mesure que l'opération césarienne se révélait comme aussi peu dangereuse que la moyenne des interventions chirurgicales, le désir de sauvegarder la viabilité de l'enfant engageait de plus en plus les accoucheurs.

C'est ainsi que dans le service de M. Devraigne, à la Maternité de Lariboisière, grâce aux consultations dirigées sous la surveillance de notre maître, M. Devraigne, un nombre considérable de femmes enceintes qui présentent une disproportion fœto-pelvienne, sont hospitalisées au dortoir de la Maternité, jusqu'au terme ou au voisinage du terme, date à laquelle elles subissent l'opération césarienne basse. Voilà pourquoi nous avons un pourcentage aussi minime d'accouchements prématurés provoqués.

Nous avons des observations de femmes qui ont subi 2, 3 fois de suite des césariennes à des grossesses successives, toujours avec plein succès pour la mère et pour l'enfant. C'est ainsi que pour illustrer ces données d'un exemple, nous citons qu'à la Maternité de Lariboisière, on a pratiqué, dans les dix dernières années, pour des *bassins viciés* seulement, 138 césariennes. Dans tous les cas, la mortalité ou la morbi-

dité maternelle a été nulle et nous avons enregistré une seule fois le décès d'un enfant.

En un mot, étant donné les heureux résultats de la section césarienne, entre des mains expérimentées, nous croyons pouvoir affirmer que cette opération pourra être légitimement pratiquée, non seulement chez une femme dont le diamètre utile est plus petit que 8 cm., mais encore chez toute femme non susceptible d'accoucher spontanément et facilement à terme.

OBSERVATIONS

Etant donné le nombre assez grand d'observations que nous avons recueillies et notre désir de les publier en détail, il nous est impossible de les publier toutes; aussi, nous nous bornerons à décrire une *observation-type* pour chacune des indications.

Observation N° 1 pour pelvi-viciation

Mme P. R..., 21 ans, premier geste.

Rien à signaler dans ses antécédents.

Entre dans le service le 5 avril 1934.

Les dernières règles remontent au 8 juillet 1933; il s'agit donc d'une grossesse près du terme.

Son bassin est aplati et généralement rétréci. On décide d'interrompre la grossesse à cause du bassin limite (diamètre promonto-souspubien = 10 cm. 5) et légère disproportion fœto-pelvienne.

On pratique la pose d'un ballon de Boissard le 4 avril 1934, à 16 heures.

On retire le ballon le 6 avril, à 12 heures.

La dilatation est à ce moment-là de 5 fr.

Les membranes sont intactes.

Le 7 avril, à 10 h. 45, expulsion d'un garçon vivant pesant 3.660 gr. dont le diamètre bi-pariétal mesure 9 cm. 5.

Délivrance naturelle et complète (cotyledon accessoire pesant 670 gr.

La durée totale du travail a été de 48 heures.

La présentation était en OIGT.

Le dégagement s'est fait en OP.

Les suites de couches ont été normales.

La gestation a été suivie à Lariboisière.

Observation N° 2
pour placenta praevia

Mme R. B..., 37 ans, troisième geste.

Dans ses antécédents, on trouve deux accouchements normaux (ayant donné deux enfants vivants) et 1 avortement en 1930.

Admise dans le service le 17 octobre 1931.

Les dernières règles datent du 7 mars 1931, il s'agit donc d'une grossesse de 7 mois environ.

La femme présente des hémorragies répétées, dues à l'insertion vicieuse du placenta, à un placenta praevia.

On décide d'interrompre sa grossesse.

On pose un ballon de Champetier de Ribes de 150 cc., pour activer la dilatation et pour arrêter l'hémorragie, le 17 octobre, à 8 heures.

Expulsion du ballon à 11 heures.

A 17 heures, expulsion d'un garçon vivant pesant 1.950 gr.

Délivrance naturelle et complète, le placenta pesant 550 gr. Insertion du cordon en raquette.

Disproportion fœto-placentaire : 1.950

550

On fait la réaction de B. W., qui est négative.

La gestation a été suivie à Lariboisière.

Les suites des couches ont été normales.

Observation N° 3
pour albuminurie gravidique

Mme M. J..., 35 ans, cinquième geste.

Antécédents : 4 accouchements normaux à terme ; enfants vivants.

Les dernières règles remontent au 15, 18 juillet 1932, donc il s'agit d'une grossesse de 8 mois environ.

Est admise à la Maternité le 25 mars 1933.

La malade présente de l'albuminurie et de l'hypertension (1 gr. d'albumine ; tension au Pachon 23-10 ; on lui fait une saignée de 400 gr. La tension artérielle tombe à 18-10 ; nouvelle saignée de 1.000 gr., la tension se maintient à 18-10).

L'examen du fond de l'œil révèle : un flou papillaire avec exsudats et hémorragies para-maculaires.

On décide d'intervenir.

Le 25 mars : pose d'un ballon de Champetier après dilatation du col aux bougies.

Le 26 mars : expulsion du ballon ; le col reste long, dilatable, à 2 fr. La tête est élevée.

Bruits du cœur ++++. On lui administre de la quinine.

Le 27 mars : expulsion du ballon ; la tête est profondément engagée ; la dilatation est à 5 fr. ; les bruits du cœur fœtal ??

A 9 h. 20, expulsion d'un garçon mort-né, pesant 2.600 gr.

Délivrance naturelle et complète présentant des infarctus graisseux ; le placenta pèse 450 gr.

La gestation a été suivie à Lariboisière.

Observation N° 4
pour rupture précoce des membranes

Mme H. K..., 17 ans 1/2.

Dans ses antécédents, on trouve 2 avortements de 5 mois 1/2 environ. Sphilis traitée de juin à septembre 1933.

Entrée dans le service le 7 janvier 1934.

Nous n'avons pas de renseignements sur le procréateur.

Les dernières règles datent du 15, 17 mai 1933.

La femme entre à la Maternité pour rupture prématurée des membranes, qui a eu lieu le 5 janvier, à 8 heures.

On décide l'accouchement prématuré provoqué.

A ce moment, le col est long et rigide.

On pratique la pose des laminaires et d'un ballon de Champetier, après dilatation aux bougies, le 7 janvier, à 15 h. 30.

A 19 heures, expulsion du ballon.

La dilatation est entre 2 et 5 fr.

Le 8 janvier, à 6 heures, la femme accuse un frisson et de la température à 39°.

A 11 heures, extraction du siège en S.I.G.A.

L'enfant est né en état de mort apparente, ra-

nimé après dix minutes de soins habituels. C'est un garçon vivant, pesant 2,100 gr.

Délivrance artificielle pour inertie partielle de l'utérus et hémorragie. Le pouls est à 120.

La révision utérine ramène des débris placentaires; le placenta pèse 400 gr.

Durée totale du travail : 60 heures.

La gestation a été suivie à Lariboisière.

Observation N° 5
pour syphilis maternelle

Mme S. S..., 25 ans, deuxième geste.

Dans ses antécédents on trouve un accouchement prématuré à 6 mois, d'un procréateur syphilitique. Enfant mort.

Procréateur différent pour cette deuxième grossesse, âgé de 32 ans, bien portant.

Elle a subi un traitement antisypilitique avant la dernière grossesse, à l'Hôpital Broca (par Bivatol, novar). Arrêt du traitement depuis juillet.

Salpingite traitée en septembre à Lariboisière.

Admise le 11 septembre 1933.

Ses dernières règles remontent au 4 mai ; on se trouve donc en présence d'une grossesse de 6 mois 1/2 environ.

Etant donné ses antécédents spécifiques, on décide d'interrompre sa grossesse, car il y a des hémorragies.

Pose de lamineuses, puis d'un ballon de Champetier.

Expulsion d'un enfant du sexe féminin, pesant 850 gr.

Délivrance naturelle paraissant complète, pesant 250 gr.

Gestation suivie depuis 1 mois à Lariboisière.

Observation N° 6
pour excès de volume foetal

Mme D. M..., 33 ans, cinquième geste.

Dans ses antécédents, on trouve : 1 accouchement normal à terme, enfant mort-né; 2 accouchements à terme, enfants vivants; 1 accouchement à terme, enfant mort-né.

Le procréateur, bien portant, est le même pour toutes les grossesses.

Entre dans le service le 15 mars 1934.

Les dernières règles datent du 26 juin 1933, donc il s'agit d'une grossesse au terme de 8 mois environ.

Le bassin est légèrement rétréci (le diamètre promonto-sous pubien mesure 10 cm. 3) et le volume de l'enfant paraît plus grand que normalement.

A toutes les grossesses antérieures, la femme a mis au monde des gros enfants, pesant au moins 4.500 gr.

Début du travail le 17 mars, à 11 heures, par pose d'un ballon de Champetier. La fin du travail à 19 heures. Donc, la durée totale du travail est de 8 heures.

Expulsion naturelle d'une fille vivante, pesant 3.070 gr. Placenta pesant 440 gr.

La gestation a été suivie à Lariboisière.

Observation N° 7
pour cardiopathie

Mme N. J..., 22 ans, deuxième geste.

Dans ses antécédents, on trouve un accouchement qui a nécessité l'application du forceps; enfant bien portant.

Entre à la Maternité le 7 mai 1934 pour arythmie.

La femme est hospitalisée depuis deux mois, car on n'intervient que le 23 juillet 1934.

Les dernières règles remontent au 4-8 novembre 1933; il s'agit donc d'une grossesse de 8 mois 1/4 environ.

Le 23 juillet : pose d'un ballon de Champetier, de 250 cc., à 12 heures.

A 20 heures : expulsion du ballon. La dilatation est presque complète. La rupture des membranes est artificielle, tempestive.

L'enfant se présente en O.I.D.P.

Terminaison naturelle de l'accouchement à 22 heures. Dégagement en OP.

Garçon vivant, pesant 3.200 gr.

Délivrance naturelle et complète ; placenta ;
500 gr. .

Gestation suivie à Lariboisière.

Observation N° 8
pour fibrôme de l'utérus

Mme L. S., 44 ans, neuvième geste.

Dans les antécédents : rien à signaler, huit accouchements normaux.

Est admise dans le service le 28 décembre 1927.

Les dernières règles remontent au 30 mars 1927.

Les premières douleurs apparaissent le 17 janvier, suivies de rupture des membranes.

Présentation de l'enfant : la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

On diagnostique un fibrôme du corps de l'utérus, inféro-latéral droit, simulant une malformation de la tête.

Pose d'un ballon. Pose d'une ceinture sur la tête mobile au détroit supérieur.

Perforation de la tête, l'introduction du basiotribe étant impossible.

Version podalique.

Extraction lente et difficile de la tête.

Fille morte-née, pesant 2.730 gr.

Délivrance artificielle, pesant 400 gr.

Gestation suivie à Lariboisière.

CONCLUSIONS

1° L'accouchement prématuré provoqué est une opération qui a pour but de provoquer avant terme le travail de l'accouchement.

2° C'est une opération de date ancienne, puisque nous trouvons des observations aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles.

3° Cette intervention est indiquée : dans les viciations pelviennes; dans l'albuminurie gravidique ; dans le placenta praevia ; dans les cas d'excès de volume fœtal; dans les cas de mort habituelle du fœtus et en cas de cardiopathie non compensée.

4° Pour fixer la date de cette intervention, il faut se baser sur les dimensions des diamètres du bassin maternel, sur celles de la tête de l'enfant, sur le jour des dernières règles et sur l'état général de la femme.

5° Comme moyens de provocation de l'accouchement artificiel, on n'emploie plus actuellement que le ballon de Champetier.

6° Il y a relativement peu de cas d'accouchements prématurés provoqués, à la Maternité de Lariboisière (2,8 pour mille). La dystocie pelvienne, qui en était l'indication majeure, a bénéficié de l'évolution chirurgicale de l'obstétrique contemporaine et du progrès de l'opération césarienne basse.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) BALARD et MAHON R. — L'accouchement prématuré provoqué est-il encore de mise dans la thérapeutique des viciations pelviennes? (*Revue française de gynéco. et d'obst.*, N° 3. — Mars 1935).
- 2) BOYER. — Etude statistique du poids et de la vitalité des enfants nés par accouchement prématuré provoqué à la clinique obstétricale de Lyon, de 1927 à 1930. (*Thèse de Lyon* 1930-31).
- 3) BREMOND E. — Placenta previa et déclenchement médical du travail (*Bull. Sté d'obst. et de gynéco.* 22 : 364-366. — Avril 1933).
- 4) CHANAL A. — De l'accouchement prématuré provoqué comme traitement de la mort habituelle du fœtus. (*Thèse de Paris* 1907-08, N° 178, in-8, 59 p.).
- 5) COSTE. — Accouchement provoqué. (*Le concours médical* 1924, p. 354).
- 6) COUVELAIRE, LEREBouLET et LACOMME. — Etude sur la mortalité précoce des nouveaux-nés (*Nourrissons* 1932).
- 7) DA COSTA SACADURO. — Médicação ocitocica (*Méd. contemp.*, 6 avril 1930, p. 121).

- 8) DEVRAIGNE et DEMELIN. — Manuel de l'accoucheur.
- 9) GALLIMARD G. — De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué. (*Thèse de Paris* 1904-05, in-8°, N° 380, 89 p.).
- 10) GEREST P. — Est-il des indications de l'accouchement prématuré provoqué dans l'albuminurie gravidique ? (*Thèse de Lyon* 1912-13, in-8°, N° 113, 230 p.).
- 11) GRAFF E. — Kontraindizierte-Wehenmittel (*Zentralb. f. Gynäk.* 54 : 2961-2.963. — 22 nov. 1930).
- 12) HAUCH E. — Sur l'accouchement prématuré provoqué dans les cas de dystocie (*Gyn. et obst.*, T. XVIII, N° 5, nov. 1928).
- 13) HAUCH E. — Low transperitoneal cesarean section. (*Rev. franç. de gyn. et d'obst.* 18 : 188-192, March 25, 1923).
- 14) KREIS J. — Indication et importance de la rupture artificielle précoce des membranes sans égard pour la dilatation de l'orifice dans des cas de tête mobile. (*Bull. Sté obst. et gyn.*, N° 2, 1925).
- 15) LENZI. — Quando e posible il parto spontaneo nei bacini viziati per angustia ? (*Pagine Sanitarie* — *Giugno* 1929, N° 6, p. 221).

- 16) MADON J. — Opération césarienne conservatrice et accouchement prématuré provoqué à la clinique obstétricale de Montpellier de 1906-1913. — (*Thèse de Montpellier* 1912-1913).
- 17) MICHEL H. — Indication et avantages de l'accouchement prématuré provoqué dans certaines pelviviçiations. (*Thèse d'Alger* 1911-12, N° 18).
- 18) PASTIELS PAUL. — L'accouchement provoqué est-il un procédé périmé ? (*Gynéco. et Semaine des Praticiens réunis*. Sept. 1935).
- 19) PERY. — Accouchement provoqué pour excès de volume du fœtus (*Bull. Sté. d'obst. et de gynéco. de Paris*, 1924, xiv, 112, 114).
- 20) SPIELS, PASTIELS et STRATMANS. — A propos de l'accouchement provoqué. (*Revue méd. franç. de gynéco. et d'obst.* — Avril 1934).
- 21) VORON-PIGEOD et BROCHIER. — Notre technique de provocation du travail en fin de grossesse. (*Revue franç. de gyn. et d'Obst.*, N° 4. — Avril 1933).
- 22) VIGNES H. — Action ocytotique du sucre. *Journal des Praticiens*, N° 51 — 17-22-32).
- 23) WEIL (L. R.). — Des différentes méthodes employées pour provoquer l'accouchement. (*Thèse de Paris*, 1899-1900, in-8°, N° 65, 72 p.).

